受験番号

（様式１）

**教員・教育担当者養成課程 看護コース 入学願書**

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

神奈川県立保健福祉大学長　様

　神奈川県立保健福祉大学実践教育センターに入学したいので、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 出　願　区　分（いずれかを○で囲んでください） | 施設推薦　　　　一般出願 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦）　　　　年　　　月　　　日生　 | 写真貼付欄 |
| ・上半身脱帽正面向き縦４㎝×横３㎝（背景なし）・最近３か月以内に撮影・写真の裏に氏名を記入してのり付け |
| 現住所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) |
| 日中の連絡先 | TEL　　　　(　　　　) |  |
| Ｅメールアドレス |  | 年　　月撮影 |
| 出願時の勤務先 | ふりがな法人名等 |  |
| ふりがな名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　(　　　　) |
| 職　種 |  | 職　位 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許種別及び業務従事年数 | 職種 | 登録番号 | 登録年月 | 従事年数 |
| 看護師 |  | 年　月　日 | 年　　か月 |
| 保健師 |  | 年　月　日 | 年　　か月 |
| 助産師 |  | 年　月　日 | 年　　か月 |
| ホームページへの掲載について、どちらかに✓をつけてください | 合格発表の際、受験番号を実践教育センターホームページへ掲載することに□　同意します。　　　　□　同意しません。 |

|  |
| --- |
| 履　　　　　　歴 |
| 学　　歴 | 在学期間　(西暦で記載) | いずれかに〇をつけてください | 学校名 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 卒業 ・ 卒業見込 ・ 中退 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 卒業 ・ 卒業見込 ・ 中退 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 卒業 ・ 卒業見込 ・ 中退 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 卒業 ・ 卒業見込 ・ 中退 |  |
| 職歴・活動歴等 | 　在籍期間　(西暦で記載) | 雇用形態 | 通算 | 勤務先・職務内容・職位等 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　 　年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　 　年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| 　　 年　　月～　　　年　　月 | 常勤・非常勤(週　　時間程度) | 年　 か月 |  |
| ※ 2025年３月末現在（予定）まで記入してください。 | ※センター記入欄　　実務経験年数（通算）　　　　年　　　か月 |